

第34巻第2号 1996年3月

《個人研究》

習俗論から見た精神医療と法

加藤 哲 実☆

Tetsumi Kato

はじめに

1995年5月19日、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下では、「精神保健福祉法」と略す）が公布され、7月1日から施行された。これは、従来の「精神保健法」の一部を改正する法律として誕生したものである。その改正の要点としては、第一に、精神障害者の保健福祉施策の充実、第二に、適正な精神医療の確保、第三に、精神医療等に要する費用の負担（公費負担医療の医療保険優先化）が挙げられる。

第一の保健福祉施策の充実については、精神障害者に対する社会復帰対策を充実させること、すなわち、社会復帰、自立、そして社会経済活動への参加の促進を目的とした法改正が行なわれている。それは、法律の題名を「精神保健法」から「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に改めたことにもあらわれている。そして、この法律の目的として、「精神障害者等の自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行ない」（第1条）という文言が付け加えられた。また、精神障害者保健福祉手帳制度を導入し（第45条）、福祉に関する相談指導業務の充実を図る改正が行なわれた。さらに、精神障害者福祉ホームおよび精神障害者福祉工場を新たに定めた。（第50条の2）

第二の適正な精神医療の確保については、精神保健指定医に関する事項として、指定医の研修制度の充実、医療保護入院等を行なう精神病院の常勤の指定医の必置があり、指定病院の指定基準の設定等に関する事項、通院医療の事務の合理化等に関する事項、医療保護入院の際の告知義務の徹底に関する事項などがある。

第三の精神医療等に要する費用の負担については、先ず、措置入院に要する費用の負担が大幅に変更された。従来はすべて公費で賄われ、都道府県がこれを負担し、そのうち四分の三を国が補助してきた。今回の改正では、精神障害者が医療保険の利用資格者である場合には、都道府県は費用の負担

☆本学法学部助教授

をしなくてもよいとされたのである。これによって国は百億円の財政支出を軽減できるとされており、その結果生じた公費財源を活用して、保健福祉施策の一層の充実を図ろうとの政策方針を国は採ったのである。なお、通院医療に要する費用の公費負担に関しても、その負担方法を改めた⁽¹⁾。

かくして、ここに至って、従来の「精神保健法」は、精神障害者のための福祉立法としての性格を強く有するようになってきたわけである。これは、1993年の障害者基本法の成立とも深く連動している。精神障害者に対しても、従来の保健医療対策に加えて、福祉対策の充実が強く要請されることになったからである。以下では、現行法の理解と現在の精神医療の問題点の理解を深めるために、わが国が精神障害者に採った政策と立法の歴史を概観しておこう。

1. わが国の精神医療と立法の変遷

精神障害者に対する偏見は、わが国に限ったことではないのであるが、日本の場合、精神病院が長い間持ち続けた性格と深い関わりをもっている。精神病院は病院というよりは、むしろ閉鎖と監視を中心とする収容所的性格によって、社会から隔絶されてきた。一般の人々も精神病院への不信を深め、そうしたことが、現在もなお続く偏見を日本的土壌のなかで育てたと言えるのである⁽²⁾。

日本では明治時代の初期から、精神病患者の取り扱いについては警察権力がこれを統括していた。東京府の場合、警視庁府達・警視庁令に基づいて私宅監置がなされ、入院時には警察署への届け出の義務があった。時代的な背景を考慮に入れば、当時、中央集権国家体制を急速に整備しようとする新政府と、それに対抗する自由民権運動との衝突があり、政府の側からの弾圧があった。こうした政治状況のなかで、精神病患者は、治療よりも治安維持的な観点から座敷牢に閉じこめられた。精神病患者の危険性が過度に強調され、社会・公共の安全の確保のために精神病患者を監禁し、監視するという治安対策の考え方が前面に出ていたのである。

1900年に制定された「精神病患者監護法」は、法律の定める手続を踏んで私宅ないし精神病院に監置する制度をもうけて、不当な私宅監置を排除しようとするものであった。しかし、この法律は、不法監禁の防止という点では、精神病患者の保護を意図していたけれども、主たる目的は、社会防衛にあったのであり、公共の危険を理由に精神病患者の拘禁を正当化するためのものであり、医療保護という観点はほとんど考慮されていなかった。

このような精神病患者の惨状に目を向けたのが、わが国の精神医学の父と言われる呉秀三であった。彼は、西欧の近代精神医学を学び、かの地の精神病院を見聞し、それをわが国にも導入しようとした。また、彼は、各地の私宅監置民間療法の実態調査を行ない、治療なき悲惨な実態を発見し、精神病患者の救済と保護が急務であることを社会に呼びかけた。1919年の「精神病院法」の成立には、彼のこのような活動の影響が大であった。この法律は、精神病患者の拘禁を目的とするのではなく、入院治療による精神病患者の救済を主眼としていた。そして、この目的のために、この法律は、精神病院を公

立のものにしようという画期的な方向性を示した。しかし、この計画は、第一次世界大戦後の経済恐慌のために頓挫し、結果的には、法律上その設立を認められていた民間病院の増加を許すことになった。民間病院に依存した精神科医療というわが国の独特の伝統は、この時に端を発する。こうして、公立精神病院の建設は進まず、同法が私宅監置を認めていたこともあって、この法律は精神病者に殆ど新しい貢献をもたらさなかったと言われている。

ところで、呉秀三は、西欧から近代精神医学を導入したわけであるが、彼の善意においては、それは非常に啓蒙的な、精神病者にとって有益な福音であった。しかし、精神病者を近代的な精神病院に隔離し、拘束し、自由を奪うやりかたは、わが国の精神病者に新たな苦難を与えることになったのである。精神病は遺伝病であり、不治の病であるという偏見が広まったのもこの時期からである。精神病者は、かつてはわが国でも、一部の狂暴な人を除いては、地域の住民に受け入れられ、地域社会の構成員としてそれなりの位置を与えられ、平和に暮らしていたのではなかろうか。

また、狐や犬その他の動物が人に憑いて、奇妙な言動をとらせるという考えは、わが国でも広く伝えられていた。いわゆる憑依現象である。しかしこの場合、精神病者本人は魔物ではなく、憑いている狐神や犬神が、定められた儀礼によって追い出されれば、その人は正常に戻ると考えられていたのである。憑依現象自体は、決して過去のものではなく、現在的な問題でもある⁽³⁾。

1945年の敗戦を迎えて、わが国の精神病者は、その多くが食糧難のために餓死したという。1946年の新憲法の公布、そしてアメリカ精神医学の影響があつて、わが国にも新しい立法が行われることになる。1950年の「精神衛生法」である。この法律は、「精神病者監護法」と「精神病院法」を廃止し、「精神病、精神薄弱、精神病質などの精神障害者の医療及び保護の方法を改善し、更にこれらの発生を予防するための施策を講ずること」を目的とするもので、これによって病院以外の場所に精神病者を隔離することを禁止したのである。私宅監置は禁止され、精神病者の医療と保護が法律上は図られることになったのである。しかし、その運用においては、精神病者の医療と保護よりも、「精神病者監護法」の社会防衛的性格を受け継いだ、治安法的性格を持つものであったと言わざるをえない。それは、1964年に、アメリカのライシャワー駐日大使が、精神病院入院歴のある青年に刃物で切り付けられるという事件を受けてなされた、1965年の同法の一部改定（治安的意味の強化）において最高位に達する。

1970年代に入って、心ある精神科医たちは、精神病院の病棟の開放化の試みを行ない始めた。従来の閉鎖病棟主流から開放病棟主流へという展開である。鉄格子、鍵、規則に対する考え方を変えたのである⁽⁴⁾。このような動きは、精神病者の人権保護への問題意識と、より良い医療の確保へ向けての問題意識に基づくものであった。このような動きがあり、さらには法律家の側からも、精神病者の人権擁護のための、「精神衛生法」の改正の働きかけがなされていた。しかし、政府にも国会にも法改正の動きはなかった。とかくするうちに、1984年に、報徳会宇都宮精神病院の不祥事件が起こった。看護職員の暴行により入院患者2名が死亡したこと、さらには、この病院では、医療スタッフの不足、患者の過剰収容、無資格診療、入院患者の預り金流用など多くの問題があらわになったのであ

る⁽⁵⁾。この事件を発端として、日本の精神科医療は、国際法律家委員会（ICJ）や国際保健専門職委員会（ICHP）による調査を受け、勧告を受けることになった。このような動きのなかで、わが国は精神衛生法の改正を迫られることになる。

その改正は、1987年9月の「精神保健法」の成立という形で実を結ぶ。そして、それは1988年7月から施行された。この法律の目的は、第一に、入院中心の医療保護体制から地域中心の医療保護体制への転換であり、第二に、患者の人権保護の強化である。具体的には、この法律において、任意入院（本人の同意に基づく入院）の原則化が図られ、入院患者の人権救済制度として、精神医療審査会を設置し、さらには、精神障害者社会復帰施設として、精神障害者生活訓練施設、精神障害者授産施設を設置することが定められたのである。

この法律では、当初から、附則の第9条において、政府が施行後5年を目途として、規定について検討を加え、所用の措置を講ずるものとされていた。そして、予定どおり1993年に一部改正が行われた。その改正の要点として次の五つが挙げられる。

第一に、精神障害者の社会復帰を促進するために、「医療施設若しくは社会復帰施設の設置者又は地域生活援助事業を行う者は、その施設を運営し、又はその事業を行うに当たっては、精神障害者等の社会復帰の促進を図るため、地域に即した創意と工夫を行い、及び地域住民等の理解と協力を得るよう努めなければならない」（1993年法第2条の3第1項）（傍点は筆者加藤による。以下同様。）と定める規定が設けられた。また、社会復帰の促進のためには、関係諸機関の連携強化が不可欠であるという判断から、「国、地方公共団体、医療施設又は社会復帰施設の設置者及び地域生活援助事業を行う者は、精神障害者等の社会復帰の促進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならない」（1993年法第2条の3第2項）とされた。

第二に、精神障害者地域生活援助事業（世話人の配置、食事の提供、日常生活上の相談や援助等のサービスの提供）のための施設の設置主体を、地方公共団体や社会福祉法人等の非営利法人とすることを明確にした。

第三に、社会復帰の一層の促進のために、精神障害者社会復帰促進センターが創設された。

第四に、精神障害者の定義に関してであるが、旧来の「『精神障害者』とは、精神病患者（中毒性精神病患者を含む。）、精神薄弱者及び精神病質者をいう」（1988年法第3条）から、「『精神障害者』とは、精神分裂病、中毒性精神病、精神薄弱、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」（1993年法第3条）と改められた。これは、従来の用語を精神医学上の用語に合わせたものと言われているが、内容的には、精神疾患を有する者に全般的に適用されるようになったと思われる。そして、これによって、老人性の痴呆等もこの法の対象として扱われるようになったのである。

第五に、保護義務者制度に関しては、従来から多くの議論があり⁽⁶⁾、保護義務者の高齢化や所得の問題、さらには精神障害者と配偶者との婚姻破綻の問題等から、抜本的な改革が要望されていた。これに関しては、民法上の無能力者の保護の在り方とも関係するため、今回の改正では保護義務者の義務の緩和を図る改正にとどまった。そのことを反映して、用語の問題としては、「保護義務者」を

「保護者」に改めたほか、内容としては、近親者による保護という趣旨が、公的機関によるケアへと転換される方向にあったと見てよからう。

その後、この「精神保健法」は、再び改正され、今年（1995年）の7月1日施行の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」となるのである。これに関しては、本稿の冒頭で述べたとおりである。結局、わが国の精神障害者に関わる立法の流れは、社会防衛や治安対策的な立法から、精神障害者の人権保護の具体化としての、社会復帰、自立、そして社会経済活動への参加を促進させる立法へと方向づけられてきたのである。

もっとも、「精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者」（第24条）という文言には、結果的に社会防衛的な判断が盛り込まれていると認めざるを得ない。（その他、第22条、29条、29条の2を参照。）しかし、これだけをとって、これらの条文が精神障害者治安対策法的な内容をもつと決めつけるべきではない。「他人に害を及ぼす」ことは、本人にとっても他人にとっても回避されなければならないことであり、そのような文言が置かれていること自体は間違いでないのである。むしろ、精神障害者を「精神保健福祉法」がどのように処遇するのか、あるいはその法に基づいて行政ならびに地域住民が、精神障害者をどのようにケアしてゆこうとしているのかに我々は注目してゆくべきである。

2. 西洋の精神医療と法

以上では、わが国の精神医療と法の歴史的経過について見てきたわけであるが、その理解を深めるために、西洋における歴史的事情を検討しておこう。

西洋中世の狂人（精神障害者）は、その社会において神聖な存在であった。それは、狂人が、キリスト教的な意味を付与されるところの悲惨（misery）＝貧困がもつ正体不明の力を共有していたからに他ならない。しかし、17世紀になって、キリスト教的な意味での貧困の神秘性、権威性が失墜して、狂気は非神聖化される。狂気に対する民衆の感受性は、もはや、宗教的ではなく、社会的なものになった。狂人が中世の人間的な景色のなかに親しみ深い姿であられたのは、狂人が別の世界（異界）からやって来たとされたからであったが、今や、狂人は、都市における治安問題を背景にして、鮮明な姿を見せはじめた。狂人は、昔は別世界からやって来たから、もてなされたが、今後は閉じこめられる。狂人は現世的な存在と考えられ、貧乏人、放浪者の仲間と考えられたのである。

西洋の17世紀は、監禁の時代であり、広大ないくつかの監禁施設が創設される。監禁の最大の意図は、治安であった。監禁は、病気治療の関心とはまったく別の意図によって要請されたのである。さらに、監禁には、無為怠惰に対する非難、労働への要請という意図が籠められていた。フランスの1656年の、「乞食の禁止」条項を含む勅令やイギリスの1630年以降の「乞食と浮浪者の起訴」は、そのことの立法・司法的な反映である。そして、はっきりしていることは、イギリスでもフランスでも

ドイツでも、監禁されている者はすべて働かなければならなかったということである。

1656年には、パリにおける「一般施療院」(hôpital général)の設立が布告された。それは医療施設ではない。それは、裁判所とは別個に、しかも既存の権力機構とならんで、決定し、裁定し、施行するところの、なかば司法的な、行政上の組織であった。「一般施療院」は、法の限界において治安と司法とのあいだに国王が樹立した異様な権力、つまり、抑圧ための組織であった。精神障害者たちは、このような施療院に入れられた。ドイツ語圏の諸国での最初の監禁施設は、1620年頃にハンブルクに創設された矯正院(Zuchthaus)である。そして、17世紀後半そして18世紀に、次々に他の矯正院が創設されていった。イギリスでは、1575年のある法令(エリザベス一世の治世第18年における第3号法令)によって、各州少なくとも一つの割合で感化院(house of correction)を建設することが定められた。

このような動きは、18世紀末までには西洋全体に広がっていた。そして、それらの施設には、一般法による受刑者、放浪・無頼の徒、狂人が明確に区別されることなく送り込まれた。精神障害者は社会的秩序を乱す者として理解され、監禁されたのである⁽⁷⁾。

19世紀になると、西洋には近代的精神病院が誕生する。フランスでは、1860年に、パリ大改造計画の一つとして精神病院の整備計画がなされ、市内にサンタンヌ病院、郊外に11ヶ所の収容院が作られ、狂人はそこに入れられた。注意しなければならないのは、ここでの「近代的」というのは、「患者のために最善の手厚い医療を施す」という意味ではなく、「『厄介者』を近代医学の名のもとに管理収容する」という意味であったことだ。

アメリカでは、1840年代になって、それまで、救貧院や刑務所、自宅の地下室や納屋などにいた狂人が、精神病院に急速に取り込まれていった。そして、多くの患者は医療から見離され、暴力のもとに管理支配されたという。イギリスは、19世紀に、人道的な博愛主義を基調とした「道徳療法」が開いたが、それは一時的なものに過ぎず、精神病院は、暗い収容所としての様相を呈したのである⁽⁸⁾。

このような状態は、欧米諸国において、しばらくの間続くのであるが、第2次世界大戦の終了後、変化が現われる。戦後いち早く精神病院の改革に取り組んだのは、イギリスである。精神病院の内部改革、病棟の開放化が進められていった。イギリスの精神医療に関する法律としては、主なものとして、1890年法(Lunacy Act)、1930年法(Mental Treatment Act)、1959年法(Mental Health Act)、1983年法(Mental Health Act)がある。流れとしては、強制入院中心から、自発的意思に基づく入院、そして地域ケアを主流とするような立法の展開である。そして、とりわけ1983年法においては、患者の法的権利の強調が目立っている⁽⁹⁾。

1890年法は、リーガリズムを明確に打ち出した。問題の解決の基礎を、法的な基準に求めるようになったということだ。精神病院への入院やそれらの病院での治療は、常に制定法によって管理されるべきこととなった。そして、精神病院は、Board of Controlという政府団体によってコントロールされ、監督される。入院に関しては、強制入院の手續が確立された。

1930年法においては、自発的意思に基づく入院の手続が定められた。それは、自発的に自分自身を治療に従わせようと望む精神障害者に適用された。精神障害者は自ら治療を求める判断力を有している場合があるとの見方が、このような法制化の背後に存在したことが重要である。これによってイギリスの精神医療は、拘禁と強制的入院による隔離収容から、第2次大戦後の開放的医療、地域ケアへの足掛かりが用意されたのである⁽¹⁰⁾。

その後、向精神薬の処方や治療共同体の適用によって、精神障害者の治療は前進した。1959年の「精神健康法」は、1930年法における自発的入院制度、第2次大戦後の病棟開放化政策、向精神薬の使用による治療状況の変化、さまざまな社会復帰活動の試みなどのイギリスの精神医療の発展を背景に制定された。

この法律においては、病院でのケアと治療が必要な場合には、患者の自由意思に基づいてそれらが用意されるということ、また、強制が必要なときには、その強制は厳格なコントロールに従わねばならないということが定められた。精神障害者の特別の状態の場合を除いては、病院での治療のために拘禁が認められるべきではない。患者の合意なしの治療に関しては、厳格な規則が定められた⁽¹¹⁾。

1959年法においては、法律的見地は医療的見地にとって代わられた。精神病は専門的な医療の分野に属するのであり、診断は医者の仕事であり、法律家や裁判所の仕事ではないということであった。当然のことなのであるが、精神病は、他のいかなる病とも同様に病なのであり、精神病患者は、裁判所の決定に基づいてではなく、精神医学的な診断に基づいて精神病院に入院するべきだということである⁽¹²⁾。

1983年法においては、精神病患者の法的権利が強調されている。そこには精神病患者の人権を守るための、ありとあらゆる規定がもりこまれている⁽¹³⁾。

第二次世界大戦後のイギリスの精神病院改革は病棟の開放化を中心に展開するのであるが、各地での開放化の努力の結果、1968年には、開放病棟での入院患者は全体の90パーセント以上に達した。日本では、その年の開放率は20パーセントであった。開放化は、必然的に、患者を地域社会に戻す結果を伴う。当然に、地域住民との摩擦が問題になる。イギリスは、政府が患者の「地域化」の方向を積極的に取り上げ、計画的な立案をして、それを着実に推進していった。その計画とは、急性期の患者の治療は、精神病院ではなく、総合病院の精神科で行ない、慢性期の患者は、精神病院から地域内の専門の小規模居住施設に移し、治療ないしケア（世話）を行なうというものである。その結果、精神病院の病床数は大幅に減少した⁽¹⁴⁾。

イギリスの精神障害者の「地域化」において、重要で現実的な役割を果たしているのは、民間の市民組織「マインド」(MIND)である。それは、精神障害者を支援援助するための組織であり、全国に185の支部をもつ。その活動内容としては、精神障害者の支援、人権擁護、差別撤廃、ボランティア育成、国への働きかけなどにわたり、その活動は積極的に行なわれているという⁽¹⁵⁾。このような方向性は、その実態がそれぞれの国の実情によってさまざまではあるが、欧米のほとんどの国が採っているものである。

3. 今後の展望

以上述べたところからわかるように、欧米の精神医療立法とわが国の1995年の「精神保健福祉法」の意図は、方向性としては同様である。ただし、わが国の地域社会内精神医療は、欧米の水準に達していないように見える。われわれは、欧米に反面教師の部分もあることを認識しつつ、欧米における実践から学べることは学び、今後の発展を期すべきであろう。

ここでは、精神障害者の「地域化」に際しての問題に焦点を絞って考察してみよう。前述のように、西洋では、17世紀に精神障害者の監禁が始まったが、その後19世紀における近代的な精神病院の誕生は、精神障害者を地域社会から隔離することになった。この点について、ミシェル・フーコーは次のように述べている。

「精神病をつくりだしている澄みきった世界では、もはや、現代人は狂人と交流してはいない。すなわち、一方には理性の人が存在し、狂気にむかって医師を派遣し、病気という抽象的な普遍性をとおしてしか関係を認めない。……両者の間には共通の言語は存在しない、むしろもはや存在しないのである。18世紀末に狂気が精神病として制定されてしまうと、両者の対話の途絶は確定事実になれ、区別は既成事実になり、狂気と理性の交換が営まれていたところの、一定の統辞法を欠く、つぶやき気味のあの不完全な言葉のすべてが忘却の淵にしずめられた」⁽¹⁶⁾。

それ以前には、精神障害者は、もちろんその病状にもよるのであるが、地域社会のなかで一定の位置を与えられて、生活していた。そして、そのことが精神障害者に一定のやすらぎを与えていたのである。ここで地域社会とは、諸個人が作り上げた「関係の場」であり、「秩序の場」を意味する⁽¹⁷⁾。帯津良一医師は、「人体とは単に内臓器官が集まったものではなく、それ自体一つの『場』をかたちづくっているのです。そしてその『場』は自然に自らを癒す機能を備えているということです。」⁽¹⁸⁾と述べているが、そのような「場」は、人体に限らず、社会にも存在すると私は考えている⁽¹⁹⁾。帯津氏の言うところの「生命場」は、社会にも存在するということである。そうであるとすれば、帯津氏が言うように、人体に自然治癒力があるとすれば、社会にも自然治癒力があるということになる。精神障害のケースで見れば、社会の構成要素としての個人が、精神的な病に陥ったとき、すなわち精神的な疎外感を個人がもったとき、社会（集団）は、何らかの情報を提供して、その個人を精神的に健康な状態に戻すということである。（伝統的社会であれば、たとえば一定の儀礼を通して、というようにである。）社会とは、そのようなパワーをもった存在であるということである。したがって、精神障害者の癒しにとって最も大事なものは、「生命場」としての地域社会なのである。これは、人類学者である上田紀行氏の「スリランカにおける悪霊祓い」の研究などからも知ることができる。

しかし、わが国において、現実に地域社会で暮らしている精神障害者の実態はいかなるものであろうか。東京都武蔵野市中町の精神障害者共同作業所「MEW」に通うAさん（45歳）は、1995年8

月下旬に、一人暮らしのアパートでひっそりと亡くなっていた⁽²⁰⁾。彼は、入院していた精神病院から退院して3ヵ月、社会復帰をめざして頑張っていた。体調を崩し急変したが、だれにも気付かれることなく、死亡したのである。生活に余裕はなく、電話を引くことができなかった。このケースにおいては、いくつかの事情が重なって、「MEW」の職員が様子を見に行くのが遅れたなど、ケア体制の不備も指摘されるべきなのではあるが、もっと大きな問題は、精神障害者は、人に知られないように、ひっそり暮らす傾向が多いということである。それは、言うまでもなく、精神障害者に対する偏見・差別の問題と関わっている。近所に知れわたれば、人の眼が気になり、友人も多く去って行く。現代病とも言える、つまりだれもが発病の要素をもっているこの種の病気をだれもが理解しようとしなばかりか、患者を卑しめ、反対に、自分がこの病にかかればひた隠しにする。

差別をしてしまう側の精神障害者に対するある種の「思い込み」は、時間はかかるにしても、教育・啓蒙によって是正可能であると思われる。また、行政レベルでは、1995年7月の「精神保健福祉法」で新しく盛り込まれた第45条から第51条までの、保健および福祉に関わる条項の社会的実現を待たねばならない。それは国と地方公共団体の義務である。(第2条) これは、いわばタテの関係の改善である。そして、第3条では、「国民は、精神的健康の保持および増進に努めるとともに、精神障害者等に対する理解を深め、及び精神障害者等がその障害を克服して社会復帰をし、自立と社会経済活動への参加をしようとする努力に対し、協力するように努めなければならない」と規定されているが、これは本来、自然治癒力をもつ社会が、すなわちその構成員が一丸となって、自然発生的に、いわば相互扶助(互酬)の論理⁽²¹⁾から、実現すべき行動なのである。これは、いわばヨコの関係の改善である。精神病は、薬物的治療及び技術的治療を含めて、精神科医と精神障害者との交流によって癒される⁽²²⁾側面があると同時に、地域社会の住民と精神障害者との交流によって癒される側面もあるのである。そして、この最後の側面こそが、人類の歴史の中で最も古くて、最も有効な癒しの方法だったのである。

註

- (1) 大谷 實『精神科医療の法と人権』弘文堂、1995年、76～81頁。吉田哲彦「精神障害者をめぐる福祉と施策の向上に向けて」『毎日ライフ』1995年8月号、20～24頁。従来の「精神保健法」に関しては、大谷 實『精神保健法』1991年、有斐閣、平野龍一『精神医療と法——新しい精神保健法について——』1988年、有斐閣を参照。
- (2) 仙波恒雄・矢野 徹『精神病院——その医療の現状と展開——』星和書店、1977年、8頁。
- (3) 高橋紳吾『きつねつきの科学』講談社、1993年。高臣武史「精神医療の変遷」『これからの精神医療』法学セミナー増刊・37号、1987年、113頁。
- (4) 石川信義『心病める人たち——開かれた精神医療へ——』岩波新書、1990年、仙波恒雄・矢野徹、前掲書参照。
- (5) 大熊一夫『ルポ・精神病棟』朝日新聞社、1973年、同『新ルポ・精神病棟』朝日新聞社、1985年参照。程度の差はあれ、現在においても、良い精神病院と悪い精神病院のあることについて、患者による体験談としての、金田礼子「絶望のうめき」『精神医療』第4次5号、1994年参照。
- (6) 星野 茂「精神保健法上の保護義務者制度をめぐる諸問題」(上・下)『法律論叢』第63巻第6号、第

64巻第1号, 1991年参照。

- (7) 以上につき, ミシェル・フーコー著, 田村 俣訳『狂気の歴史』新潮社, 1975年, 第1部第2章「大いなる閉じ込め」を参照。なお, 中世における精神障害者の共同療法に関して, ハインリッヒ・シッパース著, 濱中淑彦監訳『中世の患者』人文書院, 1993年, 第2部の「精神病者との交流」の節を参照。
- (8) 石川, 前掲書, 129～131頁。
- (9) その詳細については, Philip Bean, *Mental Disorder and Legal Control*, Cambridge, 1986, pp. 1-14.
- (10) ト部圭司「イギリスの精神健康法成立の背景と法制的問題点について」(大谷実・中山宏太郎編『精神医療と法』弘文堂, 1980年所収), 240頁。
- (11) Bean, *op. cit.*, pp. 2-3.
- (12) Bean, *op. cit.*, pp. 1-2.
- (13) Bean, *op. cit.*, pp. 127-184.
- (14) 石川, 前掲書, 153～154頁。
- (15) 石川, 前掲書, 155頁。
- (16) フーコー, 前掲書, 8頁。
- (17) 加藤哲実『法社会学——宗教的心性と法の世界——』三嶺書房, 1994年, 24頁, 清水 博『生命を捉えなおす——生きている状態とは何か——』(増補版) 中公新書, 1990年参照。
- (18) 帯津良一『生命場の奇跡』サンマーク出版, 1995年, 21頁。
- (19) 加藤, 前掲書, 22～23頁参照。
- (20) 『毎日新聞』1995年9月9日朝刊。
- (21) 加藤, 前掲書, 43～45頁参照。
- (22) 中村雄二郎教授は, <臨床の知>の趣旨と基本的な点で完全に一致する行動として, 「ヒポクラテスが病気を単なる客観的原因としてよりも, 個々の<病める人>の状態として捉え, 医術をそういう人との交流にもとづく<癒しのテクネー>とみなした」とされている。中村雄二郎『臨床の知とは何か』岩波新書, 1992年, 155頁。精神医療の場合, <病める人>と医師との交流ばかりではなく, <病める人>と隣人との交流も重要なポイントになるであろう。

(かとう てつみ)